

Diseñado para ser proporcionado en un formulario electrónico

Preguntas administrativas

Con la presentación del presente formulario, da fe de que está completo y es exacto.

1. Nombre de la persona que completa el formulario _____
2. Puesto de la persona que completa el formulario _____
3. Correo electrónico de la persona que completa el formulario _____
4. Nombre del hospital (menu desplegable)
5. Trimestre del informe (menu desplegable)

Pausas de descanso y comidas que se omitieron

6. Número total de empleados cubiertos en el trimestre ____
7. Número de pausas para comer obligatorias para los empleados cubiertos en el trimestre ____
8. Número de pausas para descansar obligatorias para los empleados cubiertos en el trimestre ____
9. Número de pausas de comida obligatorias que se omitieron en el trimestre ____
10. Número de pausas para descansar obligatorias que se omitieron en el trimestre ____

Tasa de cumplimiento:
$$\frac{(Línea 7+Línea 8)-(Línea 9+Línea 10)}{(Línea 7+Línea 8)}$$

Confirmación

11. Certifico que los datos contenidos en este formulario son exactos, válidos y no han sido manipulados ni modificados indebidamente.
12. A mi leal saber y entender, los empleados que comunicaron sus datos relativos a las pausas para comer y descansar durante el período cubierto por el presente informe no fueron objeto de coacciones que pudieran dar lugar a un registro inexacto.